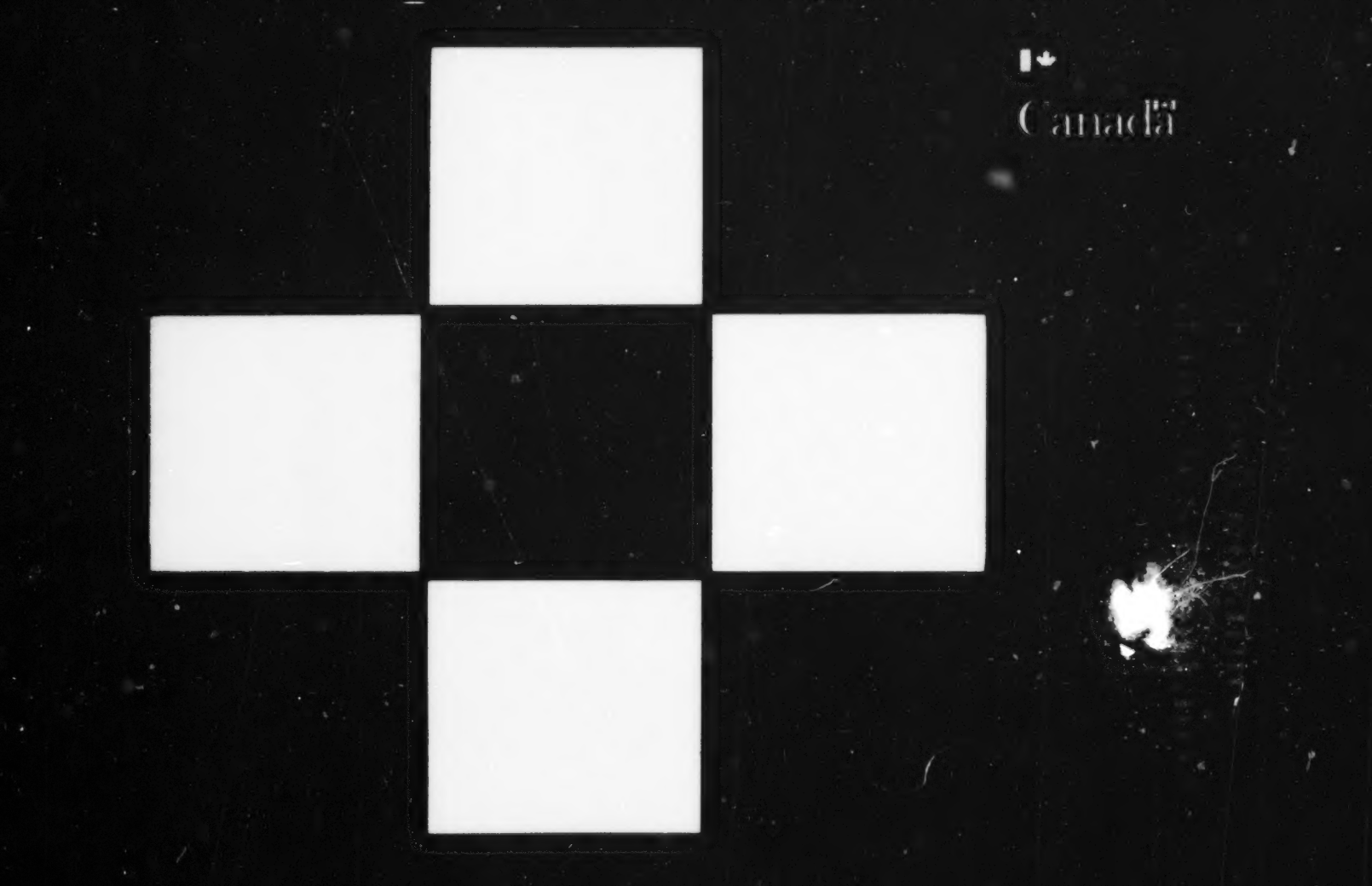
Canada

85-2013/

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
DES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DES NORMES RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

SERVICES DE TOXICOMANIE DANS LES HÔPITAUX

Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
1984

Also available in English under the title
"Addiction Services in Hospitals"

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. If faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer:

M. Donald F. Moffatt
Directeur, Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide à l'adresse ci-dessus.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1984
N° de cat. H39-36/1984F
ISBN 0-662-92802-4

TABLES DES MATIÈRES

	PAGE
INTRODUCTION PRÉLIMINAIRE	vi
LISTE DES PARTICIPANTS	x
PRÉAMBULE	1
INTRODUCTION	6
APERÇU GÉNÉRAL DES SERVICES	6
1. Services de désintoxication	8
2. Services thérapeutiques en établissement	9
3. Services de consultation externes	11
4. Services de postcure	12
5. Services d'éducation et de promotion de la santé	12
NORMES	
I UNITÉ DE DÉSINTOXICATION	
1. Nombre de malades	16
2. Lits requis et répartition conseillée des unités	16
3. Politiques, procédures et contrôle administratifs	17
4. Constitution des effectifs et heures de travail	22
5. Formation du personnel et qualités requises	22

6. Départements et services de soutien 24

7. Répartition de l'espace 25

8. Appareillage 26

9. Relations avec les autres services et départements 26

II **SERVICES THÉRAPEUTIQUES EN ÉTABLISSEMENT**

1. Nombre de malades, lits requis et répartition conseillée 27

2. Politiques, procédures et contrôle administratifs 27

3. Constitution des effectifs et heures de travail 30

4. Formation du personnel et qualités requises 31

5. Départements et services de soutien 32

6. Répartition et utilisation de l'espace 32

7. Appareillage et matériel 33

8. Relations avec les autres services et départements 33

III **SERVICES DE CONSULTATION EXTERNES** 34

IV **SERVICES DE POSTCURE** 34

V SERVICES D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ 34

ANNEXES

ANNEXE I Commissions (ou fondations) canadiennes sur l'alcoolisme et la dépendance à l'égard des drogues 35

ANNEXE II Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux 38

ANNEXE III Liste des guides régissant certains services spéciaux dans les hôpitaux 43

INTRODUCTION PRÉLIMINAIRE

Historique

Les progrès de la technologie de la santé et les changements apportés à la planification et à la prestation des soins de santé ont contribué à l'accroissement de la demande de services spécialisés dans les hôpitaux. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation sensible du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans nos hôpitaux. Ces changements ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et de main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. À cause de cette situation, un besoin constant de critères et de normes s'est fait sentir, pour guider ceux qui ont la responsabilité de planifier, d'organiser et de diriger les services de soins spéciaux dans les hôpitaux.

Mandat

En 1972, les administrations responsables de la santé au Canada ont jugé qu'il fallait une orientation dans ce domaine. Aussi, le Comité consultatif de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des normes de service et d'aménagement pour un certain nombre d'établissements et d'unités qui dispensent des soins spécialisés.

Le Groupe de travail a élaboré des énoncés de normes pour 14 unités et services. Le tout a été publié en 1975 sous le titre "Guide des normes de planification, d'organisation et de gestion des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux". Cet ouvrage a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des

provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques de soins, actuelles ou récentes, et les changements qui interviennent dans le mode de prestation des soins, ont exigé une mise à jour des normes de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de directives applicables à d'autres secteurs. En mai 1982, le Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et les services médicaux a accordé au Groupe de travail un statut permanent comme sous-comité du Comité consultatif. Le nom du Groupe de travail a alors été changé à celui de Sous-comité des Services spéciaux dans les hôpitaux. On trouvera, à l'Annexe III, une liste complète des guides publiés, ou en voie de préparation, par le sous-comité.

Méthodologie

Les normes publiées en 1975 ont été élaborées à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'opinions de spécialistes, le tout émanant d'organismes et de spécialistes canadiens.

Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, des directives élaborées au Canada et des sources autorisées. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à cette approche.

Cette nouvelle publication a été préparée selon la même méthode. En l'occurrence, outre l'apport des instances provinciales, on a recueilli les avis pertinents de spécialistes de la santé.

Objectif proposé des directives

Les directives ne devront pas être considérées comme des normes rigides. Leur application pourrait varier d'un endroit à un autre à travers le Canada et c'est à la province que revient la prérogative d'accepter, de modifier ou de rejeter ces directives selon ses propres priorités.

Le but de ces directives est de définir les exigences pour un certain nombre d'institutions et de services de soins spécialisés. Elles ne sont cependant pas conçues pour fournir des normes en matière de pratique clinique.

Quand la création d'une unité ou d'un service est projetée, ces directives aideront les planificateurs et les autorités gouvernementales en matière de santé à déterminer le besoin d'une telle unité ou d'un tel service et à évaluer l'impact qu'elle pourrait avoir sur les services existants et ceux à l'étude, aussi bien sur le plan local que régional. Des lacunes dans les services en place peuvent être détectées, et dans certains cas, comblées, sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer une nouvelle unité ou un service.

Dans le cas où l'unité ou un service existe déjà dans l'hôpital, les directives permettront de résoudre des problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Elles aideront également à déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème défini, en se basant sur les besoins cliniques, les réalités fiscales et le degré suivant lequel une défectuosité quelconque dans les installations matérielles peut entraver le fonctionnement normal de l'unité.

Révisions à venir

En raison de l'évolution rapide du domaine de la santé, les directives devront être révisées au besoin. Il est prévu que le sous-comité continuera à assumer cette fonction.

Il est à remarquer que les directives contenues dans ce guide remplacent les deux autres guides, Unité de traitement des toxicomanies en milieu hospitalier et Unité de désintoxication.

Remerciements

Le Sous-comité présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail et le temps considérable que plusieurs d'entre eux ont consacré à préparer des textes et à fournir des avis éclairés pour l'élaboration de ces directives. De plus, il remercie les nombreux autres collaborateurs qui, d'une façon ont secondé ses efforts par leurs conseils et les renseignements qu'ils ont soumis.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité sur les services spéciaux dans les hôpitaux, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent volume était composé de:

M. Donald F. Moffatt, Président
Directeur, Division des services
en établissement et des services
professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M. Derek J. Beckley
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers
de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Mme Primrose Bishop
Conseillère en soins infirmiers
Division des services hospitaliers
Ministère de la Santé
Saint-Jean (Terre-Neuve)

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de neurochirurgie de la
faculté de Médecine de Sherbrooke
Centre hospitalier de l'Université
de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)

D[r] Gordon A. Judge
Directeur médical
The Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

Mme Phyllis MacDonald
Agent des normes
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

M. David L. Martin
Conseiller en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

D[r] Hans H. Rubarth
Expert-conseil de l'administration
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

D[r] Robert Seaver
Conseiller principal en médecine
Direction consultative des programmes
Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

Secrétariat

M^me^ Janet Stow
Gestionnaire de projets
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

La réalisation de ce Guide a été rendue possible grâce au concours du Sous-comité fédéral-provincial des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, ce dont nous lui sommes très reconnaissants.

Le Groupe de travail sur les services de toxicomanie est ainsi constitué:

Dr Gordon A. Judge, Président
Directeur médical
Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

Mme Martha Birrell
Surveillante d'unité
Service d'urgence et Unité de désintoxication
Royal Alexandra Hospital
Edmonton (Alberta)

M. Marvin Burke
Directeur général
Nova Scotia Commission on Drug Dependency
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Dr Guy Chouinard
Professeur agrégé de psychiatrie
Allan Memorial Institute
Hôpital Royal Victoria
Université McGill et Hôpital Louis-H. Lafontaine
Montréal (Québec)

Dr Dmytro Cipywnyk
Directeur médical
Saskatchewan Alcoholism Commission
Saskatoon (Saskatchewan)

M. Pieter de Groot
Directeur
Région d'Edmonton
Alcohol and Drug Addiction Commission
Edmonton (Alberta)

D^r Gordon Johnson
Président
Département de pharmacologie
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

M. Garth Martin
Chef
Services de traitement socio-comportementaux
Clinical Institute
Addiction Research Foundation
Toronto (Ontario)

Coordonnatrice

M^lle Marjorie Carroll
Conseillère en soins infirmiers
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

Autres collaborateurs

Nous tenons à remercier pour leur apport les experts suivants:

D^r T. Da Silva
Chef
Division du système nerveux central
Bureau des médicaments humains prescrits
Direction générale de la protection de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

M. T. Franklin
Chef
Sous-section du counseling
Programme de pharmacothérapie
Clinical Institute
Addiction Research Foundation
Toronto (Ontario)

Dr J.A.L. Gilbert
Professeur géographique de médecine
Royal Alexandra Hospital
Edmonton (Alberta)

M. H.J. Schankula
Directeur
Division des ressources pédagogiques
Addiction Research Foundation
Toronto (Ontario)

Nota

La présente publication remplace les guides intitulés Unité de désintoxication et Unité de traitement des toxicomanies en milieu hospitalier.

TRAITEMENT DES TOXICOMANIES

P R É A M B U L E

Genèse

L'histoire de l'humanité atteste que l'on a eu recours à l'alcool et à d'autres drogues à toutes les époques; l'alcool étant le psychotrope dont on abuse le plus souvent dans notre société occidentale. Les connaissances des personnes qui sont familières avec les habitudes de consommation des diverses substances chimiques s'appuient sur des données très générales et souvent subjectives. Les travailleurs spécialisés dans ce domaine ont des opinions très partagées qui se fondent sur leurs expériences personnelles. Nous manquons de données valables pour étayer une grande part des idées exprimées dans le présent préambule. Bon nombre des spécialistes de la toxicomanie croient, néanmoins, que ces données sont relativement véridiques et qu'elles permettent, par conséquent, d'évaluer de façon générale les besoins en matière de services et le genre de services requis.

Les rapports nombreux dont nous disposons actuellement sur les constatations cliniques donnent à penser que les effets nuisibles (par exemple le comportement psychotique) découlant de la consommation habituelle de marijuana sont plus graves qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. Ajoutons que l'information concernant l'usage des substances chimiques est à la fois exacte et inexacte et qu'elle s'accompagne souvent d'une bonne part de mythologie. L'attitude de la société face à l'abus des substances chimiques a toujours varié d'un extrême à l'autre, et elle continue de le faire, la gamme des sanctions pouvant aller du châtiment au désintéressement pur et simple.

L'évolution du climat social en Occident durant les années 60 a donné lieu à un accroissement considérable de la consommation de drogues autres que l'alcool, tendance qui a atteint son point culminant dans la décennie 1970. Dès lors, l'opinion publique

commença à s'émouvoir devant l'abus que faisaient les adultes des médicaments d'ordonnance et aussi face à l'usage non médical de ces drogues. L'usage illicite de drogues telles que la marijuana, le LSD ("acide"), les stupéfiants, la cocaïne, les amphétamines ("speed") et autres substances psychoactives, principalement chez les jeunes, fut alors un sujet de grande alarme -- et il l'est encore aujourd'hui. Des sous-cultures ou des contre-cultures dites "psychédéliques" firent leur apparition. Les vocables de "trafiquant", de "pourvoyeur" et de "revendeur" entrèrent dans le langage courant, à la suite de débats passionnés et généralisés, dans les médias ou ailleurs, sur les conséquences de l'abus des drogues.

Pour contrer les conséquences négatives de l'abus des drogues aussi bien licites qu'illicites, le gouvernement fédéral, de façon indirecte, ainsi que les administrations provinciales et territoriales, par l'entremise surtout de leurs commissions (ou fondations) sur l'alcoolisme et la dépendance à l'égard des drogues, décidèrent de s'occuper du "problème de la drogue" au spectre menaçant. Dans les grandes villes en particulier, on élabora des programmes d'intervention novateurs, visant à prévenir et à traiter les abus occasionnés par les nouvelles substances. Des travailleurs sociaux, des conseillers auprès des jeunes, ainsi que d'autres intervenants s'attaquèrent à ces problèmes nouveaux. Certains services voués traditionnellement au traitement de l'alcoolisme et d'autres agents poussés par leur sens humanitaire s'efforcèrent de trouver des moyens efficaces pour aider cette nouvelle clientèle d'adolescents et d'adultes à venir à bout de son "problème de drogue".

Durant les années 70, les Canadiens se sont acclimatés à cette nouvelle réalité que constituait la consommation de drogues illicites et l'usage non médical de médicaments d'ordonnance. Les organismes professionnels, notamment les commissions (ou fondations) sur l'alcoolisme et la dépendance à l'égard des drogues, qui s'occupaient de traiter les

toxicomanes, constatèrent que l'alcool était la substance dont on abusait le plus. Un plus faible pourcentage de clients présentaient des problèmes de "polytoxicomanie", mettant ordinairement en cause les boissons alcoolisées, les médicaments d'ordonnance ou les drogues illicites. Une petite proportion de clients abusait de drogues autres que l'alcool seulement.

La situation actuelle

Petit à petit, on a fini par considérer l'abus des substances chimiques comme un problème de santé "traitable". Cela a eu pour effet d'allonger la liste des patients, au fur et à mesure que des sujets issus de diverses couches socio-économiques se présentaient pour fins de traitement et de réadaptation. Il existe un pourcentage de graves problèmes d'alcoolisme non reconnus chez les malades hospitalisés pour d'autres raisons. L'usage des boissons alcoolisées, en particulier, est devenu très commun chez les jeunes et il est en progression parmi la population du Canada en général. De nouveaux groupes cibles ont été repérés, dont le traitement nécessite des voies d'approche différentes.

Les problèmes majeurs qui vont de pair avec l'usage du cannabis et des tranquillisants mineurs ont fait leur apparition dans les centres de traitement. Par ailleurs, on assiste encore à l'écoulement de diverses drogues "illicites", comme les opiacés et les nouvelles substances dites "ressemblantes" qui circulent au niveau de la rue dans tout le pays.

Tous les efforts visant à susciter une réaction efficace devant les diverses manifestations de l'abus de l'alcool et des drogues doivent être subordonnés à une évaluation exhaustive des besoins propres à chaque malade, ainsi que des problèmes que pose l'abus des drogues au niveau de la collectivité. Cette évaluation devrait être perçue comme faisant partie d'un processus ininterrompu.

Pour ce qui est de tel ou tel patient, disons que l'évaluation doit faire le lien entre le comportement

au sujet, ses antécédents personnels et médicaux, sa consommation de drogue et ses relations interpersonnelles, afin que l'on puisse obtenir un profil net de son passé, de son état actuel, de son potentiel pour l'avenir et du genre de traitement dont il a besoin.

Pour fins de planification, il est essentiel de constituer un répertoire des problèmes liés à l'abus des substances chimiques, en tirant parti de toutes les sources de données accessibles (commissions ou fondations provinciales déjà en place, centres antipoisons, services d'urgence, données sur les patients transmises par les hôpitaux). Il importe d'insister sur le fait que les habitudes de consommation chez les "drogués" sont sujettes à varier de temps à autre, et aussi d'une collectivité à l'autre.

Le système actuel

Au Canada, à l'heure actuelle, il existe un réseau de services de traitement et de réadaptation financés surtout au niveau provincial ou territorial, que l'on trouve dans l'ensemble des dix provinces et des deux territoires, et dont la prestation est assurée essentiellement par l'entremise des commissions (ou fondations) provinciales et territoriales sur l'alcoolisme et la dépendance à l'égard des drogues. En principe, les provinces et territoires reconnaissent la nécessité de compter sur des programmes de traitement complets et ils s'efforcent de fournir un large éventail de services, l'accent étant mis, dans la plupart des cas, sur la décentralisation à l'échelon local. Des services d'éducation et de prévention sont également offerts par les bureaux des diverses commissions ou fondations, avec le concours de la Direction de la promotion de la santé (Santé et Bien-être social Canada). On s'emploie surtout à diffuser l'information dans les écoles, dans les familles aussi, au moyen des programmes d'aide aux employés et avec la participation des groupes communautaires. Ces programmes visent avant tout à favoriser la modification des attitudes et le développement de techniques personnelles d'adaptation. Il faut en arriver à susciter un intérêt semblable dans le milieu hospitalier.

En matière de traitement et de réadaptation, la plupart des programmes provinciaux prévoient entre autres des services de désintoxication, d'évaluation, de thérapeutique et de postcure, en milieu hospitalier et en consultation externe, ou encore dans un centre de soins de jour. Les cas de complications médicales et les urgences relèvent habituellement des centres hospitaliers.

Toute infrastructure sanitaire doit nécessairement faire appel à une vaste gamme de services pour pouvoir répondre aux besoins du malade qui se présente. Le continuum thérapeutique qui prévoit notamment l'accès aux soins actifs tout autant qu'aux services de postcure, en milieu hospitalier et en consultation externe, est une chose essentielle. S'il arrive que la phase "aiguë" du traitement soit souvent perçue comme la plus critique, on ne peut juger de la réussite qu'en fonction de la participation du sujet à la continuité du processus. Dès lors, la postcure représente un facteur déterminant du traitement et de la réadaptation. Aussi convient-il d'amener la famille à y jouer son rôle; on peut également faire appel à des groupes d'entraide, à d'autres ressources communautaires ainsi qu'à des auxiliaires.

La présente publication devrait servir de guide pour la planification des services précités. Si ces normes ou ces lignes directrices s'adressent avant tout aux législateurs, aux planificateurs et aux administrateurs de centres hospitaliers, il est à noter que la création de services pour le traitement des toxicomanes doit être compatible avec les services qui existent localement dans les provinces et territoires. Les hôpitaux qui songent à mettre sur pied des programmes semblables doivent donc s'occuper d'établir et de maintenir avec eux des liens de consultation et de coopération.

INTRODUCTION

Beaucoup des changements socio-économiques survenus au Canada ont rendu nécessaire la mise sur pied de services de traitement des toxicomanies. La consommation de plus en plus élevée d'alcool et d'autres drogues a entraîné dans la population une augmentation marquée des problèmes de comportement liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. Ce phénomène a, à son tour, exercé des pressions sur les services de traitement en place. Par la suite, une nouvelle perception du problème devait conduire à l'établissement de services spécialisés en toxicomanie, afin de répondre concrètement à la demande.

APERÇU GÉNÉRAL DES SERVICES

Pour traiter efficacement l'alcoolisme et les autres problèmes liés à l'usage des drogues, on doit faire appel à une approche personnalisée, à diverses disciplines professionnelles ainsi qu'à une vaste "panoplie" de méthodes et d'établissements de traitement. On a, dans certaines régions du pays, engagé une action concertée pour mettre en oeuvre les programmes qui s'imposent. Le point de départ de tout cela a été la reconnaissance du fait qu'une approche globale s'avérait nécessaire, laquelle devrait comporter la prestation d'un vaste éventail de services puisés à même un fonds varié de ressources communautaires. Il devrait y avoir, entre autres:

1. des services de désintoxication
2. des services thérapeutiques en établissement
3. des services de consultation externes
4. des services de postcure
5. des services d'éducation et de promotion de la santé

Le tableau ci-après donne une idée de la gamme des services qui contribuent à la continuité du traitement dans le cas des toxicomanes.

GAMME DES SERVICES À LA CONTINUITÉ DU TRAITEMENT

	Service	Provenance des malades
CONTINUUM DE SERVICES	Désintoxication	. Service d'urgence . Collectivité
	Traitement en milieu hospitalier	. Dépistage du malade aux prises avec un problème de drogue ou d'alcool . Admission du malade "drogué" ou alcoolique mais qui n'a pas besoin d'être désintoxiqué . Cure complète de désintoxicaton
	Traitement en consultation externe	. Soins consécutifs à la cure de désintoxication et au traitement en milieu hospitalier . Orientation directe (à l'initiative du malade lui-même, ou cas dirigé par d'autres)
	Postcure (services de sources et de types variés)	. Tous les éléments précités
	Éducation et promotion de la santé	

1. Services de désintoxication

La désintoxication s'entend du processus par lequel un sujet parvient à un niveau de fonctionnement acceptable, sur les plans physique, psychologique et social, après être passé par un état toxique provoqué par l'alcool ou par une autre drogue.

Tout programme de désintoxication doit tenir compte des considérations suivantes:

a) Le service de désintoxication n'est que la phase initiale du processus thérapeutique. Pour être menée à bien, cette désintoxication doit se faire en étroite liaison avec le traitement actif ultérieur et avec les services de postcure visant à traiter les cas d'alcoolisme ou de toxicomanie ainsi que les problèmes connexes. Il est important que la désintoxication et les traitements à venir soient coordonnés dans le même établissement, ou encore par des services d'orientation compétents.

b) De nombreux types de services de désintoxication offerts en milieu hospitalier ou dans la collectivité peuvent être mis sur pied. Ces services devraient être intégrés aux services en place (examens psychiatriques et soins médicaux, par exemple). En créant ces services, on devrait envisager le mode de prestation le plus rentable.

c) Tous les sujets à désintoxiquer doivent avoir accès aux services d'un hôpital général, même si seulement une faible proportion d'entre eux ont effectivement besoin de soins actifs en établissement.

L'unité de désintoxication remplit plusieurs rôles, à savoir:

a) Fournir un cadre protecteur où les intoxiqués peuvent échapper en toute sécurité aux effets d'une intoxication aiguë, ce qui nécessitera peut-être:

- une médication
- un soutien psychosocial
- une surveillance de l'état physique
- du repos
- une attention à l'hygiène personnelle
- une attention aux besoins nutritionnels
- une orientation, ou un "aiguillage", dans certains cas.

b) Motiver le sujet à poursuivre le traitement et à se faire suivre constamment. Il faut noter qu'un certain nombre d'alcooliques se montrent réfractaires à toute thérapie, même après des admissions répétées. Cela, ne diminue en rien la valeur des services de désintoxication offerts à ce groupe de malades. Face à des sujets qui récidivent, il y a lieu d'envisager de nouvelles techniques de motivation.

c) Servir peut-être de centre de référence régional, où les autres organismes de la collectivité peuvent obtenir des services d'éducation et de consultation.

d) Découvrir les lacunes dans la gamme actuelle des options relatives aux "cas dirigés".

2. Services thérapeutiques en établissement

Ces services prévoient, entre autres, le dépistage précoce, l'évaluation et une thérapie faisant appel à une approche multidisciplinaire.

Parmi les bénéficiaires éventuels des services thérapeutiques en établissement, il y a les malades qui ont:

- été traités dans un service ou une unité de désintoxication

- été admis pour un problème d'ordre médical ou psychiatrique, et dont le diagnostic subséquent faisait état d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie

- été dirigés à l'hôpital, en raison surtout d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, ou encore d'une complication médicale consécutive à ce problème.

Le personnel spécialisé affecté à l'unité thérapeutique doit posséder divers niveaux de connaissances et d'attitudes face au traitement d'un malade alcoolique ou d'un toxicomane.

(Pour le recours à la méthadone dans le traitement de la dépendance à l'égard des opiacés, il faut se reporter à la rubrique Services extra-hospitaliers.)

Le problème à facettes multiples que posent l'alcoolisme et l'abus des drogues oblige souvent à consulter d'autres services (médecins, infirmières, psychologues, services sociaux, ministres du culte et magistrats, agents de police, groupes d'entraide et employeurs).

Renseigner le personnel hospitalier sur la façon de discerner les problèmes liés à la toxicomanie, sur la manière de traiter ces problèmes et de planifier efficacement la sortie ou la libération des malades (sans oublier les "cas dirigés"), voilà autant de fonctions esentielles dans le cadre du traitement en milieu hospitalier.

On devrait favoriser le dépistage précoce, à l'hôpital, des sujets enclins à l'alcoolisme (en recourant par exemple à des épreuves en laboratoire, à des questionnaires), l'accent étant mis spécifiquement sur les groupes à risque élevé (sujets traités en psychiatrie, en gastro-entérologie, en obstétrique).

3. Services de consultation externes

Les bénéficiaires, éventuels de ces services sont:

a) les malades qui se sont présentés dans un service ou une unité de désintoxication

b) ceux qui ont été traités en milieu hospitalier

c) ceux qui ont par ailleurs été dirigés en raison d'un problème de dépendance à une substance chimique quelconque.

Le service thérapeutique extra-hospitalier (consultations externes) peut relever d'un hôpital ou d'une autre entité organisationnelle.

Certains hôpitaux voudront peut-être mettre sur pied des cliniques ou des unités pour le traitement de la dépendance à l'égard des opiacés, dans lequel la méthadone est prescrite en tant qu'élément du régime thérapeutique. Il est à noter que la prescription de méthadone en pareil cas est sujette aux normes établies par la Division du système nerveux central, Bureau des médicaments humains prescrits, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario) K1A 1B8.

Les médecins désireux de prescrire de la méthadone dans le cadre d'un traitement de la dépendance à l'égard des opiacés doivent présenter une demande d'autorisation à cette fin, en écrivant à l'adresse précitée et en indiquant, s'il y a lieu, le centre de traitement auquel ils sont affiliés.

Les hôpitaux désireux de créer des programmes qui supposent la prescription de méthadone pour le traitement de la dépendance à l'égard des opiacés devront soumettre un protocole à l'approbation de la DGPS (adresse précitée).

4. Services de postcure

Ces services sont offerts aux toxicomanes qui viennent de suivre un programme thérapeutique; ils constituent une sorte d'épilogue, ou de période de convalescence, pour les sujets ainsi libérés. Ces personnes peuvent se prévaloir, au sein de la collectivité, des services de soutien suivants:

- groupes d'entraide
- conseils d'encouragement en tout temps
- aide juridique
- orientation professionnelle

Il y a lieu, pour les centres et les organismes de postcure, d'informer ceux qui leur adressent des cas afin de veiller à la continuité des soins. Pour assurer ce processus de rétroaction, il faut absolument établir un mécanisme de communication satisfaisant et confidentiel.

5. Services d'éducation et de promotion de la santé

Partout au Canada les hôpitaux jouent un rôle de plus en plus actif dans les programmes de promotion, d'éducation et de prévention en matière de santé. Cette tendance traduit une acceptation croissante, par le conseil de direction, les administrateurs et les cliniciens d'hôpitaux, de cette optique selon laquelle les hôpitaux pourraient offrir ce genre de services. Les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie en particulier peuvent éventuellement trouver leur solution dans les initiatives de ces centres d'éducation sanitaire et de promotion de la santé. Pour mener à bien des programmes de ce genre, les hôpitaux doivent coordonner leurs services avec les autres ressources communautaires dans le réseau des services humains (par exemple, les commissions ou fondations provinciales et territoriales).

Les hôpitaux qui assument de plus grandes responsabilités en offrant ces services, et qui planifient et mettent en oeuvre un programme efficace de promotion de la santé et d'éducation sanitaire, auront avantage à collaborer avec un public mieux éclairé, avec des professionnels plus compétents et plus sympathiques et avec une clientèle de malades orientés et "libérés" à bon escient - tout cela à l'intérieur d'un réseau de soins communautaires.

Le besoin ou le désir d'acquérir de nouvelles connaissances ou de s'instruire davantage est à la base de la plupart des demandes d'information, de services de consultation, de causeries ou de conférences. L'éducation constitue l'un des premiers moyens d'en arriver à la prévention primaire. On a défini la prévention primaire comme un faisceau d'activités axées sur des groupes à risque élevé et sur d'autres groupes au sujet desquels il n'existe aucune hypothèse de risque. Son but est de promouvoir la santé et de prévenir la maladie. Les stratégies de promotion et de protection de la santé, ainsi que de mise en valeur des ressources, visent à influer sur l'agent, sur l'hôte, sur le milieu ambiant et sur leur interaction.

Avant de décider du type de services de consultation et d'éducation qu'il y a lieu de créer et d'offrir, il importe de découvrir quels sont les groupes cibles, à savoir:

- les malades (hospitalisés ou non) et leurs familles
- la collectivité.

Les services ainsi offerts à des groupes communautaires consistent essentiellement en des services de consultation et d'éducation visant les fins suivantes:

- accroître l'aptitude des individus et des organismes en cause à promouvoir des habitudes de vie saines en ce qui concerne l'usage de l'alcool et des autres drogues;

- perfectionner les techniques de dépistage précoce des cas, d'évaluation de traitement et de suivi.

Les hôpitaux sont encouragés à élaborer des plans écrits pour offrir, en liaison avec les commissions (ou fondations) provinciales et territoriales, des services de consultation et d'éducation en matière de toxicomanie aux malades eux-mêmes, à leur famille et à l'ensemble de la collectivité.

Ces plans écrits, qui seront mis à jour, le cas échéant, devront:

- mettre l'accent sur l'utilisation à bon escient des ressources hospitalières;
- prévoir l'intégration des services hospitaliers dans un réseau de services de prévention, de traitement et de réadaptation qui existent peut-être déjà au sein de la collectivité.

Les plans à l'égard du service devraient tenir compte des éléments suivants:

1. principes, buts et objectifs

2. évaluation et traitement

3. structure administrative

4. responsabilités du personnel

5. politiques et méthodes

6. mode d'évaluation

7. sources de financement

8. liaison avec la collectivité

Il devrait y avoir des programmes d'éducation pour:

a) les responsables de la prestation des soins (stagiaires, personnel hospitalier, membres du conseil d'administration, bénévoles)

b) la collectivité en général

c) les responsables des services auxiliaires.

Voici, à titre indicatif, quelques thèmes susceptibles d'être proposés à l'attention des intéressés ci-dessus. Le thème proposé à chaque intéressé et le degré d'engagement de chacun dépendent de la collectivité visée. Mentionnons entre autres thèmes:

- les interactions néfastes de l'alcool avec d'autres drogues
- la cirrhose (diagnostic de la maladie et conduite à tenir face aux complications)
- l'absorption et le métabolisme de l'alcool
- les professions "vulnérables" (médecins, pharmaciens, infirmières, etc.)
- le dépistage précoce, la motivation et l'éducation
- l'alcool et ses effets sur l'affectivité
- la nutrition et l'alcoolique
- la détection et le diagnostic de l'alcoolisme, les critères régissant l'admission dans les hôpitaux
- les aspects médicaux de l'alcoolisme
- les affections secondaires à l'alcoolisme;
- le traitement de l'alcoolisme aigu en milieu hospitalier
- la conduite à tenir face aux malades alcooliques qui sont mentalement perturbés
- la pharmacothérapie des malades hospitalisés en état de sevrage vis-à-vis de l'alcool.

NORMES

Les normes proposées ici s'inspirent du fait qu'il est opportun de tirer le meilleur parti possible des ressources, des compétences et des appuis qui existent au sein de la collectivité.

I UNITÉ DE DÉSINTOXICATION

L'unité dont il sera question dans les normes ci-après peut faire partie intégrante d'un hôpital ou constituer un élément distinct à l'intérieur d'un système hospitalier.

1. NOMBRE DE MALADES

Les données d'utilisation émanant des unités de désintoxication de divers types qui existent dans un certain nombre de provinces, indiquent un taux annuel d'admission qui se situe entre 2,5 et 8,5 admissions pour 1000 habitants (données de 1981-1982).

La durée moyenne de séjour pour les cas admis dans une unité de désintoxication varie de 2 à 10 jours, selon la politique en vigueur, la pratique courante, la population des malades, et compte tenu aussi de la substance ingérée.

2. LITS REQUIS ET RÉPARTITION CONSEILLÉE DES UNITÉS

Le nombre de lits nécessaire varie suivant les facteurs urbains-ruraux et autres facteurs démographiques; cela peut dépendre aussi des situations où telle unité est rattachée directement à un hôpital général.

Le rapport hommes/femmes d'occupation des lits se situe généralement entre 2:1 et 8:1 (données de 1981-1982). Cette situation tient probablement à des facteurs d'ordre socio-économique et démographique. Le type d'installations dont on dispose peut indiquer si l'on aura des unités mixtes ou distinctes les unes des autres.

Selon l'expérience acquise, la taille optimale d'une unité de désintoxication, sans lien géographique avec un hôpital de soins aigus, se situe dans la limite de 15 à 20 lits - tout cela étant subordonné à la fréquence de l'alcoolisme au niveau local, ainsi qu'à la situation socio-économique de la population et à la démographie régionale. Les unités rattachées à un centre hospitalier peuvent être plus petites, selon la situation qui existe à l'échelon local.

Le nombre de lits nécessaire par unité de population dépend par ailleurs:

- de la substance en cause
- des politiques d'admission
- des politiques de traitement
- des modes d'orientation des cas
- de l'accessibilité des autres ressources et de l'existence de programmes thérapeutiques consécutifs à la sortie des malades.

3. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS

3.1 Rôle et objectif de l'unité

Offrir au malade un environnement sûr où il pourra:

- se faire traiter
- être désintoxiqué
- être protégé
- être motivé
- être orienté et dirigé vers les services disponibles.

3.2 Type de malades traités

Le malade peut:

- se présenter de lui-même
- être orienté par d'autres.

3.3 Services offerts

Voici les services jugés indispensables:

- milieu "protégé" durant la période de désintoxication
- dépistage des anomalies et des complications pouvant nécessiter l'intervention d'un médecin ou d'un psychiatre
- médicaments, traitement, repos, hygiène et rétablissement de l'équilibre nutritionnel
- évaluation complète de l'état du malade
- counseling individuel.

Voici les services jugés souhaitables, selon la durée du séjour et le degré de coopération du malade:

- thérapie ou discussions du groupe
- participation de la famille
- promotion de la santé
- orientation du malade vers les organismes communautaires compétents.

3.4 Organisation de l'unité

La structure organisationnelle devrait être définie par le Conseil d'administration (ou son équivalent) et par le directeur général de l'unité, conformément à ses orientations et à sa structure.

3.4.1 Gestion de l'unité

Les responsabilités particulières du personnel:

a) Le directeur est chargé:

- de la gestion et de l'administration de l'unité

- de la surveillance et de la formation du personnel en cours d'emploi

- de la liaison avec la police, les organismes communautaires et le coordonnateur du programme provincial de désintoxication, là où ce poste existe

- de la liaison avec les groupes communautaires relativement à l'orientation des malades.

Dans le cas des grandes unités, il est parfois souhaitable de désigner un surveillant chargé d'aider au fonctionnement quotidien de l'unité et d'exercer une surveillance sur le personnel qui y est affecté.

b) Le personnel de l'unité est chargé:

- des soins aux malades

- des dossiers des malades

- de la surveillance des activités des malades

- de travailler avec les malades, leur famille et les organismes qui ont dirigé les malades à l'unité

- de l'admission et du congé des malades.

c) L'unité doit avoir facilement accès aux services d'un médecin, selon une entente préalable.

d) Il devrait exister un mécanisme assurant la coordination des services d'éducation et de consultation entre l'unité et les organismes communautaires.

3.4.2 Comité consultatif

- Ce comité devrait être composé des personnes suivantes: le directeur de l'unité, des représentants de la direction de l'hôpital et du responsable du programme local de traitement de l'alcoolisme là où tel programme existe, et d'autres personnes ressources s'il y a lieu.

- Le mandat de ce comité devrait être défini.

- Des mécanismes de consultation devraient être élaborés entre l'unité et l'hôpital et les médecins.

- Ce comité devrait tenir des réunions à intervalles réguliers et rédiger des procès-verbaux.

3.5 Politiques relatives au fonctionnement

3.5.1 L'admission doit se faire avec l'autorisation:

- du directeur de l'unité
- du surveillant de l'unité ou
- d'un fondé de pouvoirs.

3.5.2 Les décisions relatives à l'admission doivent être fondées sur l'évaluation de l'état clinique du malade et sur le diagnostic, selon le cas, compte tenu aussi des normes écrites.

3.5.3 L'utilisation des médicaments prescrits au malade avant son admission à l'hôpital doit être discutée avec le consultant médical de l'unité au moment de l'admission.

3.5.4 Les directives permanentes (en ce qui concerne le traitement du malade) doivent être établies et révisées au moins une fois l'an.

3.5.5 Les lignes directrices relatives à la durée moyenne de séjour, aux congés, aux transferts des malades ou à la poursuite du traitement et de la réadaptation devraient être consignées et mises en application.

3.5.6 Les lignes directrices régissant les demandes de consultation médicale, fondées sur les pratiques courantes, doivent être consignées et mises en vigueur (par ex. ces consultations devraient être obligatoires dans les cas de convulsions, d'épilepsie, d'hématémèse, de toxicomanie ou de dose excessive ("overdose"), de diabète, etc.).

3.5.7. Les besoins du personnel en matière de formation et d'éducation continue devraient être consignés et les programmes mis en application.

3.5.8 Il faut constituer et tenir à jour un dossier médical pour chaque malade et établir des modalités quant au caractère confidentiel des dossiers.

3.5.9 Les normes régissant l'entretien des appareils et des règles concernant la sécurité au travail doivent être appliquées. On devra établir des méthodes pour prévenir les infections et pour assurer la sécurité des malades.

3.5.10 On devra définir les objectifs de l'unité et procéder à une évaluation constante de l'efficacité de celle-ci et de son personnel.

3.6 Procédures

Il devrait exister un manuel de politiques et de procédures qui traite des sujets suivants: soins de routine, soins d'urgence, dossiers médicaux, statistiques, règlements touchant les visites aux malades. Des lignes de conduite devraient être établies en ce qui a trait à l'usage du tabac et à tout autre risque d'incendie ou de menace à la sécurité.

4. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET HEURES DE TRAVAIL

Il devrait y avoir un directeur d'unité.

Dans le cas des grandes unités, de trente lits ou plus, il est parfois souhaitable de désigner un surveillant chargé de collaborer à la gestion de l'unité.

Le personnel de l'unité pourra être constitué de conseillers-surveillants qui assurent le service 24 heures sur 24, sept jours par semaine.

Dans certains cas, on pourra avoir recours à des bénévoles compétents.

Un médecin-consultant doit être disponible sur appel, 24 heures sur 24.

5. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALITÉS REQUISES

5.1 Formation de base

Directeur

- aptitude à diriger un personnel, à coordonner les soins aux malades ainsi qu'à établir et contrôler des budgets
- talents manifestes d'administrateur
- bonne compréhension du malade alcoolique ou narcomane

- aptitude à assurer la liaison avec le personnel hospitalier et les organismes communautaires

- ces aptitudes se retrouvent généralement chez les travailleurs sociaux, les infirmières et infirmiers et ceux qui ont une expérience et une formation équivalentes.

Personnel de l'unité:

- aptitude à travailler avec des personnes intoxiquées
- ces aptitudes se retrouvent généralement chez les infirmières et infirmiers autorisés ou chez les détenteurs d'autres diplômes en sciences infirmières, ou encore chez ceux qui ont déjà travaillé auprès des alcooliques ou des toxicomanes ou ceux qui sont jugés aptes à recevoir une formation en cours d'emploi, comme les personnes dont la guérison donne des signes de stabilité.

Bénévoles:

- si l'on utilise leurs services, les bénévoles doivent avoir reçu une formation préalable.

5.2 Formation continue

Directeur, personnel de l'unité et bénévoles	- des possibilités de perfectionnement devraient être offertes (programmes de connaissances de base[1] dans le domaine des toxicomanies; cours de recyclage, colloques et ateliers)
	- l'unité devrait disposer de matériel audiovisuel

6. DÉPARTEMENTS ET SERVICES DE SOUTIEN

Tous les services de soutien d'un hôpital pour soins aigus, y compris:

- ambulance
- laboratoires
- pharmacie
- psychiatrie
- services de consultation médicale et chirurgicale
- services de consultation en nutrition
- services de pastorale
- service sociaux
- urgence

1. Comité national de planification de la formation, Connaissances de base en matière de drogue - Un manuel de base pour les formateurs, Direction de la promotion de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1978. (Série de 12 brochures)

7. RÉPARTITION DE L'ESPACE[2]

7.1 Aires des soins directs aux malades: 8,5 à 9,5m^2 nets par malade

- réception des malades
- admission et acheminement des malades
- pièce calme réservée au counseling
- chambres à coucher
- salle de séjour/de récréation/de conférence

7.2 Aires des services de soutien: 3,0 à 5,0m^2 nets par malade

- cuisine
- salle à manger (personnel et malades)
- bureaux
- toilettes, salles de bain et douches (personnel et malades)
- aires de dépôt en lieu sûr (dossiers, objets appartenant aux malades, équipement et fournitures)
- visiteurs

Superficie totale: 11,5 à 14,5 m^2 par malade.

Il faut aussi prévoir un parc de stationnement attenant pour le personnel et les visiteurs.

2. Unité de désintoxication - Considérations relatives au design des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux, Division de la planification des établissements de santé, Direction des ressources en santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1980

8. APPAREILLAGE

L'appareillage de réanimation, qui ne peut être utilisé que par un personnel qualifié (et autorisé au besoin) comprend, entre autres:

- appareil à oxygène
- matériel d'urgence en cas d'arrêt cardio-respiratoire
- médicaments nécessaires (gardés en lieu sûr)
- solutés
- appareil à succion.

Meubles et équipement résidentiels:

- mobilier de salle à manger
- mobilier et appareils de cuisine
- mobilier de salle de séjour
- mobilier de chambre à coucher
- le service de blanchissage devrait être centralisé, mais il faut également prévoir des installations de lavage et de séchage domestiques
- armoire pour la mise en sûreté des objets de valeur appartenant aux malades, ainsi que des médicaments qui leur sont destinés.

9. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

L'unité devrait avoir facilement accès:

- aux services des centres hospitaliers et psychiatriques
- aux services des organismes communautaires.

II SERVICES THÉRAPEUTIQUES EN ÉTABLISSEMENT

1. NOMBRE DE MALADES, LITS REQUIS ET RÉPARTITION CONSEILLÉE

Il se peut qu'un nombre assez important de malades hospitalisés aient besoin de ces services dispensés en établissement et qu'ils en tirent même des avantages.

La durée de séjour pour chaque cas admis dépend des besoins du malade et varie largement, selon les dossiers, entre 15 et 28 jours.

Les lits nécessaires sont fonction du nombre de malades ainsi que des objectifs du programme par rapport aux besoins recensés dans la collectivité.

Les lits occupés par des malades aux prises avec l'alcoolisme ou avec d'autres problèmes de toxicomanie tendent à être répartis dans l'ensemble des services (médecine, chirurgie, psychiatrie) de chaque hôpital général et, selon les besoins individuels, les malades peuvent y être traités, ou bien être intégrés à un programme hospitalier, ou encore être dirigés vers d'autres services communautaires.

Des unités conçues spécifiquement pour le traitement en établissement des problèmes précités peuvent être mises sur pied en tenant compte des besoins recensés ainsi que de la politique provinciale prévue à cet égard.

2. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS

2.1 Rôle et objectifs

Prévoir un service dans lequel le malade peut:

- se faire traiter pour des problèmes d'ordre médical
- être protégé
- être motivé
- être orienté et dirigé vers les services existants.

2.2 Type de malades traités

Le malade peut être:

- un sujet hospitalisé reconnu comme étant aux prises avec un problème d'alcool ou d'abus de drogue, avec ou sans complications médicales
- un sujet admis en médecine, en chirurgie ou en psychiatrie et chez qui l'on finit par découvrir un problème lié à l'abus de l'alcool ou des drogues
- un sujet admis en cure de désintoxication.

2.3 Services offerts

- dépistage des problèmes liés à l'alcoolisme et aux toxicomanies
- évaluation du sujet sur le plan médical et psychosocial
- élaboration et mise en oeuvre d'un programme de traitement, y compris la planification de la sortie
- services infirmiers et autres soins de santé
- traitements spécialisés pour l'alcoolisme ou la toxicomanie (par ex. traitement à la méthadone en collaboration avec les commissions ou fondations provinciales ou territoriales)
- consultation et orientation
- éducation et promotion de la santé au niveau communautaire.

2.4 Organisation de l'unité

Si on met sur pied une unité ou un centre spécifiquement conçu pour le traitement des alcooliques ou des toxicomanes, on faudra nommer un directeur. Quant à la structure organisationnelle, elle devrait être définie par le conseil d'administration (ou son équivalent) conformément à ses politiques et à sa structure.

Pour chaque unité ou centre de traitement des alcooliques ou des toxicomanes, il doit y avoir:

a) un personnel de surveillance auquel incomberont:

- le traitement et le soin des malades au jour le jour
- la surveillance de l'équipe soignante

b) des services médicaux

c) des services d'éducation et de consultation à l'intérieur de l'hôpital

d) des services de postcure et d'orientation ("aiguillage") coordonnés à l'intérieur de la collectivité.

Là où il y a déjà une unité ou un centre structuré, on devra faire en sorte que cette unité ou ce centre soit représenté au sein de la direction de l'hôpital. En l'absence d'une unité ou d'un centre de désintoxication, l'hôpital devrait prendre les dispositions nécessaires pour s'occuper des sujets reconnus comme ayant des problèmes d'alcool ou de drogue.

2.5 Lignes de conduite

2.5.1 Il y a lieu d'établir des lignes de conduite relatives à:

- l'admission
- l'évaluation
- la constitution du dossier clinique
- le traitement
- la réadaptation
- la planification de la sortie (mise en congé)
- l'orientation et la consultation
- les besoins de formation du personnel
- l'évaluation du service.

2.5.2 Il doit y avoir des consignes concernant l'usage du tabac et les autres risques d'incendie et menaces à la sécurité.

2.5.3 On pourra également établir une politique relative aux travaux de recherche.

2.6 Procédures

Il faudrait prévoir un manuel de politiques et de procédures qui traite des sujets suivants: soins de routine, soins d'urgence, dossiers médicaux, statistiques, règlements touchant les visites aux malades, et autres questions de procédure.

3. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET HEURES DE TRAVAIL

On devra désigner certaines personnes, facilement identifiables, pour s'occuper des tâches de surveillance et d'orientation.

Le personnel infirmier doit être sur place 24 heures sur 24.

Un médecin doit être disponible sur appel, 24 heures sur 24.

Selon la nature des services offerts, on pourra faire appel à diverses disciplines et à des travailleurs bénévoles pour s'occuper du centre ou de l'unité de désintoxication.

Il y a lieu de prévoir la formation de stagiaires des diverses disciplines et d'assurer la supervision nécessaire.

4. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALITÉS REQUISES

4.1 Formation de base

- Les médecins, les infirmiers et infirmières, ainsi que les autres membres du personnel devraient avoir la formation nécessaire et les aptitudes voulues pour travailler auprès des alcooliques et des toxicomanes. Ils devraient en outre être capables d'entrer en liaison avec les autres membres du personnel hospitalier et avec les responsables des organismes communautaires.

- Le personnel doit satisfaire aux normes provinciales concernant l'immatriculation et le permis d'exercice.

- Un programme de connaissances de base[1] dans le domaine des toxicomanies devrait être proposé à tous les membres du personnel qui ont un rôle important à jouer auprès des toxicomanes hospitaliers.

1. Comité national de planification sur la formation, Connaissances de base en matière de drogue - Un manuel de base pour les formateurs. Directeur de la promotion de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1978 (Série de 12 brochures)

4.2 Formation continue

À tous les membres du personnel hospitalier qui ont quelque chose à voir avec un aspect quelconque de régime thérapeutique en établissement, on devrait offrir la possibilité de parfaire leurs connaissances et d'acquérir des aptitudes positives. Cette formation continue peut favoriser grandement la contribution du personnel aux services communautaires d'éducation et de promotion de la santé.

5. DÉPARTEMENTS ET SERVICES DE SOUTIEN

Pour peu qu'on puisse y avoir accès, on intégrera les services suivants:

- diététique
- ergothérapie
- laboratoires et radiologie
- ludothérapie
- neurologie
- pastorale
- pharmacie
- psychiatrie
- psychologie
- services de consultation médicale et chirurgicale
- services sociaux

6. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE

Si l'on songe à affecter une unité pour ce programme en particulier, on devra tenir compte du fait que les besoins dépendent du nombre de malades pour ce qui est de la répartition et de l'utilisation de l'espace et des lits en rapport avec les besoins fonctionnels du programme. L'espace requis, dans ce cas, serait à peu près le même que dans le cas d'une unité réservée aux malades hospitalisés.

7. APPAREILLAGE ET MATÉRIEL

Si l'unité existe, le matériel devrait être choisi en rapport avec les besoins fonctionnels du programme. De façon générale, le matériel requis est à peu près le même que celui d'une unité réservée aux malades hospitalisés.

8. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

L'unité devrait avoir facilement accès:

- aux unités de désintoxication
- aux programmes officiels de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies
- aux services communautaires.

III SERVICES DE CONSULTATION EXTERNES

IV SERVICES DE POSTCURE

V SERVICES D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Note au sujet de III, IV et V ci-dessus:

Il peut arriver que les services de consultation externes soient offerts à l'hôpital même, à titre de complément à un programme de traitement pour malades hospitalisés. Par contre, il est rare que les services de postcure et les services d'éducation et de promotion de la santé soient affiliés à un hôpital.

Toutefois, nous ne jugeons pas utile d'établir des lignes directrices, en ce moment, étant donné la grande diversité des organismes en place ainsi que du nombre et du genre de services qui sont offerts dans ces domaines.

COMMISSIONS CANADIENNES SUR L'ALCOOLISME ET LA DÉPENDANCE À L'ÉGARD DES DROGUES

TERRE-NEUVE

Directeur général
Newfoundland Alcohol & Drug Commission
139 Water Street
5th Floor, Royal Trust Building
Saint-Jean (Terre-Neuve)
A1C 1B1

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Directeur des services aux toxicomanes
C.P. 37
University Avenue
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7K2

NOUVELLE-ÉCOSSE

Directeur général
Nova Scotia Commission on Drug Dependency
5675 Spring Garden Road, pièce 314
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 1H1

NOUVEAU-BRUNSWICK

Directeur général
New Brunswick Alcoholism & Drug
Dependency Commission
C.P. 6000
103 Church Street
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1

ONTARIO

Président
Addiction Research Foundation of Ontario
33 Russell Street
Toronto (Ontario)
M5S 2S1

MANITOBA

Directeur général
Alcoholism Foundation of Manitoba
1031 Portage Avenue
Winnipeg (Manitoba)
E3G 0R9

SASKATCHEWAN

Directeur général
Alcoholism Commission of Saskatchewan
3475 Albert Street
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

ALBERTA

Directeur général
Alberta Alcoholism & Drug Abuse Commission
6th Floor
Pacific Plaza Building
10909 Jasper Avenue
Edmonton (Alberta)
T5M 3M9

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Directeur général
Alcohol and Drug Programs
Ministry of Health
Suite 202
1755 West Broadway
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6J 4S5

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Coordonnateur
Alcohol and Drug Program
Department of Health & Social Services
P.O. Box 1769
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

YUKON

Directeur des services régionaux
Alcohol and Drug Services
Department of Health & Human Resources
Government of Yukon
P.O. Box 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

GUIDE DES POLITIQUES ET DES PROCÉDURES À L'USAGE DES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les politiques et les procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux ont été formulées à la suite d'une revue des publications provinciales, nationales et internationales traitant du sujet.

Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées pour chacun des services spéciaux, de façon à assurer aux malades les meilleurs soins possibles.

I RÔLE ET OBJECTIFS

- Conception générale et objectifs du service
- Catégories de malades soignés (selon le diagnostic ou l'état du malade)
- Restrictions dans le service au malade s'il y a lieu
- Services offerts

II ORGANISATION DE L'UNITÉ DE SOINS

- Responsabilité du conseil d'administration
- Relations entre l'unité, le directeur général et le personnel médical
- Gestion de l'unité

  (i) Responsabilités du personnel

  - Directeur médical
  - Médecins
  - Infirmières et infirmiers
  - Autres membres du personnel

(ii) Comités

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, nombre)
- Mandat à définir
- Mise sur pied d'un service de consultation (médecins et autres membres du personnel médical)
- Calendrier des réunions régulières et spéciales

III POLITIQUES DE GESTION

1. Généralités

- Responsabilité de l'admission des malades (désignation de la personne ou des personnes habilitées à cette fin)
- Critères d'admission - Priorités selon:
  - le diagnostic
  - l'état de santé du malade
- Ordonnances régissant l'admission
- Ordonnances des médecins
- Ordonnances régissant les cas d'admission d'urgence
- Durée du séjour selon le diagnostic
- Prévention des infections; isolement des cas contagieux
- Dossiers des malades, rapports et graphiques
- Conduite à tenir dans les situations d'urgence, y compris les cas de réanimation cardio-pulmonaire

- Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence

- Recherche, examens cliniques

- Soins palliatifs, constatation de décès, autorisation relative aux autopsies, disposition des corps

- Aiguillage, consultation (de règle ou autre), transfert, postobservation

2. Le personnel

- Critères de sélection: instruction, expérience, centres d'intérêt

- Critères de prestation des privilèges médicaux ou cliniques

- Heures de garde des médecins, horaire du personnel

- Délimitation des rôles dévolus aux stagiaires et aux surveillants (responsabilité, autorité et imputabilité)

- Monographies de poste

- Orientation et formation continue

- Évaluation du rendement

- Cas des bénévoles

3. Le malade

- Droits du malade

- Identité du malade

- Participation de la famille

- Secret professionnel
- Éducation du malade et de sa famille
- Objets de valeur, biens personnels et possessions du malade
- Consentement du malade au traitement
- Privilèges de visite

4. Sécurité

- Sécurité et prévention des accidents
- Déclaration des accidents et incidents
- Entretien et sécurité du matériel
- Plan d'urgence en cas d'incendie ou de catastrophe
- Recours aux mesures restrictives

5 Assurance de la qualité

- Normes d'exercice
- Évaluation permanente de l'efficacité du service
- Évaluation de l'état du malade à l'admission et à la sortie
- Comptes rendus d'incidents
- Critique des soins dispensés au malade
- Lutte contre les infections
- Vérifications: soins médicaux et infirmiers, concurrents et rétrospectifs
- Évaluation par les pairs

- Examen des taux de morbidité et de mortalité

- Appréciation du rendement des employés

- Utilisation et évaluation des produits et du matériel

IV TECHNIQUES

- Techniques de soins électives

- Techniques et procédures en cas d'alerte

- Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques

- Manuels de politiques et de procédures

ANNEXE III

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT CERTAINS SERVICES MÉDICAUX DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis par le Sous-comité fédéral-provincial sur les services spéciaux dans les hôpitaux, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-hospitalisation, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Sous-comité.

Hôtellerie pour malades
Programme régional de traitement de l'insuffisance rénale
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
- Soins cardiaques intermédiaires
- Cardiostimulation (stimulation cardiaque)
- Cathétérisme cardiaque
- Chirurgie cardiaque
- Écho-cardiographie
- Exploration fonctionnelle cardio-vasculaire par l'épreuve d'effort
- Laboratoire de diagnostic des troubles vasculaires (techniques non agressives)
- Médecine nucléaire cardio-vasculaire
- Surveillance électrocardiographique des malades ambulatoires
- Phonocardiographie
- Soins cardiaques

Services de toxicomanie dans les hôpitaux
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux
Soins pour enfants et adolescents dans les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Unité de chirurgie de jour
Unité d'échodiagnostic dans les hôpitaux
Unité d'inhalothérapie
Unité de médecine physique et de réadaptation
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétique

Unité de soins intensifs (réanimation)
Unité de tomographie par ordinateur
Unités de gériatrie - hôpitaux de jour pour personnes âgées
Unité de traitement des lésions de la moelle épinière